

11241

16

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

TITULO:

¿EN QUE DIFIEREN LOS PACIENTES CON SOBREVIVENCIA
PROLONGADA A LA DIÁLISIS PERITONEAL CONTÍNUA
AMBULATORIA CON LOS QUE RECIEN INICIAN?

ALUMNA:

BLANCA ELISA DOMÍNGUEZ MIRANDA

Dr. Asiguafra

TUTOR TEÓRICO

DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

TUTOR METODOLÓGICO

DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
I. N. A. M.

2007

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSICIASTRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
FORMACION Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
I. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

I.- Antecedentes.....	4
II.- Objetivos.....	13
III.- Planteamiento del problema.....	14
IV.- Material y métodos.....	15
V.- Resultados.....	18
VI.- Discusión.....	26
VII.- Conclusiones.....	29
VIII.- Anexos.....	31
IX.- Bibliografía.....	43

I. ANTECEDENTES

MARCO TEÓRICO

Ampliamente han sido estudiados los factores biológicos psicológicos y sociales que intervienen en la morbimortalidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Principalmente en este estudio nos ocuparemos de los pacientes en diálisis peritoneal como tratamiento sustitutivo.

En 1978, se inicia con el proceso de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), la cual difiere de la diálisis peritoneal intermitente (DPI) en que el propio paciente es instruido para colocar el líquido en la cavidad peritoneal a través de un catéter y reemplazarlo cada 4 a 6 horas acudiendo a control mensual con su médico tratante.(1)

En la diálisis peritoneal, el peritoneo actúa como una membrana semipermeable, donde el líquido de diálisis es puesto dentro del peritoneo a través de un catéter y removido y reemplazado por líquido fresco a intervalos regulares. Las variedades de diálisis peritoneal incluyen la diálisis peritoneal intermitente (DPI), en donde el paciente ingresa a un protocolo de tratamiento en el cual es tratado dos o tres veces por semana y donde se realizan sus recambios de líquido dialítico según las condiciones de cada paciente. (2,3)

La evolución de los tratamientos sustitutivos para la insuficiencia renal crónica en etapa terminal como la hemodiálisis y el trasplante renal, han logrado una mejoría clínica importante, para estos pacientes, pero a consecuencia de su sobrevivencia se ha formado una nueva población de enfermos crónicos, con los problemas que ello lleva, por ejemplo, el alto riesgo de trastornos psiquiátricos.

Kimmel – PL y cols. (1998) Determinaron la prevalencia de enfermedades mentales en pacientes hospitalizados en etapas terminales, observaron que al menos el 9% de los pacientes con diálisis presentaban algún tipo de enfermedad mental entre las que destacaban la demencia, depresión y trastornos relacionados con el consumo de drogas. Comparando a los pacientes con diálisis peritoneal y hemodiálisis observaron menor prevalencia en el primer grupo.(4)

FACTORES PSICOSOCIALES:

La evaluación del estado psicosocial de la persona es parte integral de la apreciación de la calidad de vida del paciente renal crónico, y esta no solo depende del tipo de tratamiento establecido si no de las interacciones que se dan entre el equipo de salud, los pacientes y sus familiares.(5)

Kutner-NG y cols. (1994) Estudiaron los predictores psicosociales de supervivencia en pacientes de edad avanzada sujetos a hemodiálisis. En un grupo de 287 pacientes mayores de 60 años encontraron un incremento significativo del riesgo de mortalidad en hombres blancos en relación a otro grupo de distinta raza y género, así mismo observaron que también había un riesgo mayor de complicaciones en los pacientes con una posición social precaria. No encontraron relación con otras variables psicológicas.(6)

Brownbridge – G y Fielding-DM (1991) estudiando el ajuste psicosocial en pacientes con insuficiencia renal en etapa terminal compararon los grupos de hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y trasplante renal, en 73 pacientes niños y adolescentes. En el grupo de hemodiálisis y trasplante no se encontraron diferencias significativas en ansiedad y depresión, mostraron mayores trastornos de la conducta comparados con el otro grupo de diálisis peritoneal, siendo este grupo el que mostró menores índices de trastornos de conducta, ansiedad y depresión, así como menores alteraciones en el nivel psicosocial relacionados al tratamiento. (7,8)

DEPRESIÓN:

Uno de los problemas psicológicos más importantes en los pacientes en diálisis es la depresión, incluido el suicidio, la conducta poco cooperativa, las disfunciones sexuales, y la presencia de dificultades relacionadas con el trabajo y la rehabilitación.

La depresión es la complicación psicológica mas frecuente en los pacientes en diálisis. Es habitualmente una respuesta a una pérdida potencial, real o imaginaria. Suele manifestarse con humor depresivo persistente, pobre autoimagen y sentimientos de desesperanza, los síntomas físicos incluyen trastornos del sueño, cambios en el apetito y el peso, sequedad de boca, estreñimiento y disminución del interés y las capacidades sexuales.(9)

A menudo que transcurre el tiempo en diálisis pueden aumentar los sentimientos de minusvalía, inferioridad, inutilidad e incapacidades. La anhedonia es sumamente frecuente, la desilusión y el aislamiento hacen que el paciente se vaya automarginando y que además de establecerse un conflicto familiar, se debiliten también las relaciones de grupo.

Las tendencias autolíticas son frecuentes en esta población, la tasa de suicidio es 15 veces mayor en comparación con la población general. Lo singular de los intentos o actos de autólisis en los enfermos renales crónicos es el hecho de realizar el acto o tentativa suicida mediante procedimientos directamente relacionados con su enfermedad o su tratamiento, entre los que destacan el incumplimiento de las prescripciones dietéticas (restricción de líquidos o de potasio), el no acudir a las sesiones de hemodiálisis o el sangrarse a través de una herida en la fistula arteriovenosa practicada para el tratamiento; son situaciones que frecuentemente expresan el rechazo de su condición de enfermo. La irritabilidad es común entre los pacientes con enfermedad crónica y a menudo el paciente en diálisis presenta una conducta molesta para las personas que lo atienden.(10)

Los pacientes en diálisis son "totalmente" dependientes de un procedimiento, de un centro y de un personal sanitario además de estar expuestos a otros tipos de estrés, entre los que destacan: sujeción a régimen dietético, restricción de líquidos y toma de medicamentos, procedimientos dialíticos, pérdidas múltiples de trabajo, libertad, esperanza de vida y disfunción sexual. Es importante considerar también las condiciones físicas generales, personalidad de base, factores intrínsecos de tratamiento, factores familiares y reacciones del equipo asistencial. En conjunto, la respuesta de un paciente determinado a la enfermedad, dependerá de su personalidad previa , del grado de apoyo familiar y social y del curso de la enfermedad subyacente.(11)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todos los individuos con enfermedad renal en etapa terminal presentan diversos estresores crónicos y agudos lo que significa una disrupción en su estilo de vida y disminución del control personal. Se estima una prevalencia de depresión clínica en esta población en un rango del 12 al 45 % dependiendo del método y criterio usado para definir el trastorno depresivo. Incluso se ha encontrado hasta en un 60% la incidencia de depresión en estos pacientes.

Varios estudios apoyan que la depresión en estos pacientes podría considerarse como un factor de riesgo biomédico en esta población, debido a que la aparición de síntomas depresivos en la población médicamente enferma, se ha asociado a deterioro en la calidad de vida, mayores días de hospitalización, incremento en la morbilidad médica y psiquiátrica incluyendo abuso de sustancias y suicidio, además de incrementar los costos de atención y demanda de servicios médicos.(12)

ESTUDIOS DE PACIENTES NEFRÓPATAS EN MÉXICO

Vázquez y cols. Realizaron un estudio en paciente con IRC en el Hospital de especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde encontraron una frecuencia de depresión severa del 40% en pacientes con diálisis peritoneal intermitente y 30 % de depresión leve en pacientes postransplantados después de 3.58 años de haber sido operados. Observaron que las áreas de salud física, relaciones sociales y autoestima son consideradas prioritarias por los pacientes y que el síndrome depresivo reduce los niveles de calidad de vida significativamente.(13,14)

Sosa reportó en una muestra de 83 pacientes estudiados en diálisis peritoneal continua ambulatoria la presencia de reacción de ansiedad en un 26% y de depresión en 20% de pacientes con un promedio de 27.5 meses en tratamiento. Mejías encontró una frecuencia de depresión de 46% en pacientes que habían recibido diálisis peritoneal o hemodiálisis por 2 años y medio.(15)

Driessen-M y Black-F (1991) analizaron en este tipo de pacientes los predictores para un buen ajuste a la enfermedad y el tratamiento. No encontraron resultados contundentes, aunque observaron un desajuste mayor en aquellos pacientes que cursaban con un trastorno depresivo.(16)

Por todo lo anterior se ha observado que la depresión es un factor que puede influir significativamente en la supervivencia de estos pacientes.

El inventario de Depresión de Beck, ha sido ampliamente usado en la evaluación de Depresión en pacientes con enfermedad médica y fue validada en México en un Hospital de Cardiología.(17,18)

ANSIEDAD:

Frecuentemente en estos pacientes se encuentra ansiedad, ya sea como parte de un síndrome depresivo o bien como parte de un trastorno de Ansiedad.

La escala de HADS, la cual consiste en una serie de catorce preguntas; siete de ellas evalúan ansiedad (HADS-A) y siete depresión (HADS-D) Es un instrumento diseñado para aplicarse en hospitales generales, enfatizando la anhedonia (dificultad para experimentar placer) como el constructo central de la depresión.(19)

CALIDAD DE VIDA:

La calidad de vida es una medición subjetiva del bienestar experimentado en las diversas áreas de la vida del paciente (biológica, psicológica y social), las cuales son jerarquizadas de acuerdo a los valores del individuo y la sociedad a la que pertenece.

La escala de calidad de vida de Bradley, analiza varias áreas importantes del ser humano las cuales podrían verse afectadas por la enfermedad renal, contribuyendo a un deterioro de la calidad de vida, y las explora desde un punto de vista cuantitativo, para valorar el grado de adaptación a la enfermedad.(5)

Simmons, Andersson y Kamstra compararon la calidad de vida de los pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria, hemodiálisis y después del trasplante. Encontraron un ajuste más favorable en pacientes con DPCA cuando era comparado con los pacientes sujetos a hemodiálisis, y los pacientes postransplantados tenían mejor calidad de vida comparado con los dos grupos restantes.(20)

Shidler (1998), realizó un estudio sobre la calidad de vida y el nivel de funcionamiento psicosocial en pacientes con insuficiencia renal crónica, en un grupo de 50 pacientes, aplicando escalas de Beck (depresión), Karnofsky para valorar el funcionamiento físico, escala multidimensional del soporte social y escalas de satisfacción de vida, concluyendo que la depresión y la calidad de vida están íntimamente correlacionados. Así mismo, observó que existía un desajuste en el funcionamiento psicosocial de estos pacientes. (21)

Gude-CM (1995) comparando la población general y los pacientes con IRC en fase terminal, observó que existe una menor calidad de vida en el último grupo debido principalmente a la incertidumbre sobre el futuro, el funcionamiento físico, el autocuidado y el desajuste psicosocial familiar en actividades diarias. También, encontró menor alteración en los pacientes transplantados comparados con los pacientes en tratamiento con diálisis, predominando en estos últimos trastornos depresivos, de ansiedad, dolor e incertidumbre sobre el futuro.(22)

El Índice de Bienestar, es una escala unidimensional, la cual nos facilita la comparación entre grupos de pacientes y tratamientos, y puede ser útil para valorar el índice de bienestar independiente de la enfermedad.(23)

FACTORES BIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL:

La diálisis peritoneal continua ambulatoria es un procedimiento en donde la mortalidad es elevada debido a complicaciones infecciosas (peritonitis), desequilibrio hidroelectrolítico y problemas cardiopulmonares.

Varios estudios realizados determinan que las fallas en la técnica de la diálisis peritoneal tienen un impacto significativo en la supervivencia de los pacientes con IRC en fase terminal. Se observa mayor frecuencia de procesos infecciosos, los cuales se relacionan directa o indirectamente con el daño a la membrana peritoneal, lo que contribuye a una pérdida de función adecuada en la diálisis, teniendo mejor pronóstico los pacientes con un diagnóstico y tratamiento oportuno. Así mismo se observa una correlación con el adecuado estado nutricional.(24)

Otro estudio demuestra que existe una mayor frecuencia de morbimortalidad en pacientes que no reciben eritropoyetina en comparación con los pacientes que se les administra, especialmente en aquellos pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiovascular.

Algunos estudios avalan que la edad avanzada, el peor estado funcional, la enfermedad arterial coronaria y las úlceras de decúbito tenían un riesgo significativamente mas alto de mortalidad. Se ha observado así mismo que el control adecuado de la glucosa prediálisis es un predictor importante de un buen pronóstico en el paciente con DPCA.

Tratando de correlacionar la función renal residual con la supervivencia en pacientes con diálisis peritoneal, Bracmán y cols. encontraron que entre mayor función renal residual, se observaba mayor sobrevivencia.

Avram y colaboradores estudiaron los predictores de supervivencia en la diálisis peritoneal continua ambulatoria, la importancia de la albúmina y otros factores nutricionales y metabólicos. Encontraron que los paciente diabéticos tenían 1.76 veces más posibilidades de morir independientemente de la edad, y otros factores nutricionales y metabólicos. La creatinina como un marcador bioquímico se encontraba significativamente elevada en los pacientes diabéticos comparada con el otro grupo. La disminución de creatinina y albúmina en los pacientes diabéticos indicaban un deficiente estado nutricional en comparación con los no diabéticos, lo que explica que el estado nutricional adecuado predice una mayor sobrevida en estos pacientes.(25)

Se han realizado otros estudios donde se trata de relacionar a la albúmina como marcador del estado nutricional con la depresión. De esta forma, Friend y cols. Observaron en un grupo de 40 pacientes 32 en hemodiálisis y 40 en diálisis peritoneal que en aquellos con mayor déficit nutricional se encontraba mayor índice de depresión.(26)

Held y cols. realizaron un estudio en donde compararon pacientes con supervivencia a 5 años en etapa terminal de enfermedad renal en estados Unidos, Europa y Japón. Los pacientes con diabetes mellitus tuvieron menor supervivencia en comparación con los pacientes no diabéticos. En EU se observó un 15% de mayor riesgo de mortalidad en comparación con Europa y 33% mayor que en Japón.(27)

JUSTIFICACION

La sobrevivencia de los pacientes con IRC en DPCA se ha estimado en aproximadamente 2.5 años en nuestro país. Se ha encontrado en el HECMN SXXI un grupo de pacientes con sobrevivencia de mas de 9 años que se han mantenido con DPCA. Lo excepcional de estas personas, generó la necesidad de investigar las características psicosociales que los distinguen del resto de los pacientes.

La literatura ha apoyado en forma definitiva que la presencia de un adecuado apoyo social determina mayores niveles de sobrevivencia en cualquier enfermedad crónica.

La sobrevivencia en las enfermedades crónicas está determinada por dos tipos de factores: Biomédicos (severidad de la enfermedad, resistencia al tratamiento, comorbilidad: LES, DM, etc), y los psicosociales (acceso a los servicios médicos e insumos, nivel de autocuidado, autosuficiencia y apoyo social).

Por otra parte, el autocuidado, el plan nutricional, el adecuado uso de medicamentos y el adecuado balance hídrico junto con el manejo del catéter de diálisis son decisivos en la evolución de la enfermedad y en la prevención de complicaciones.

La psicología social ha creado un concepto muy útil para describir las actitudes de los pacientes frente a la enfermedad crónica, la autoeficacia que se entiende como el nivel de confianza en realizar las acciones de autocuidado que el paciente experimenta. Los niveles elevados de autoeficacia predicen satisfactoriamente parámetros biológicos en los rangos de control de la enfermedad.

II. OBJETIVOS

*Comparar algunas características psicosociales y biomédicas en pacientes con DPCA con sobrevivencia prolongada de mas de 9 años de evolución, con un grupo de reciente inicio de menos de tres años de evolución.

*Conocer si el apoyo social, la autoeficacia o los síntomas ansioso-depresivos son mas relevantes en los pacientes con sobrevivencia prolongada en DPCA.

*Verificar en qué medida los factores Biomédicos como niveles séricos de albúmina y ausencia de comorbilidad sistémica determinan la sobrevida de los pacientes en DPCA.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Que características psicosociales y biomédicas presentan los pacientes con DPCA de sobrevivencia prolongada en comparación con los pacientes de reciente inicio?

HIPÓTESIS:

En el grupo de pacientes con sobrevivencia prolongada se encontrará:

- Una proporción menor de personas diabéticas y con otras enfermedades sistémicas como LES.
 - Un mayor nivel de albúmina plasmática.
 - Menor puntaje de síntomas depresivos.
 - Mayor nivel de autoeficacia y apoyo social.
- En comparación con el grupo de reciente inicio.

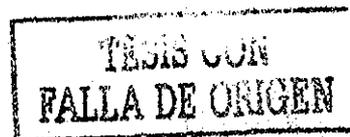
CONSIDERACIONES ÉTICAS

* A todo paciente se le explicará ampliamente en que consiste el estudio, que se pretende con el y se le comentara que la información obtenida será totalmente confidencial.

* No se realizarán maniobras adicionales a las que el paciente recibe en la diálisis peritoneal continua ambulatoria.

* En caso de detectarse algún problema psiquiátrico como ansiedad o depresión, el paciente se derivará a la consulta externa de Psiquiatría.

* Se responderán todas las preguntas que el paciente tenga acerca del estudio.



IV. MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO DE TRABAJO:

Se evaluaron 24 pacientes en el programa de DPCA, del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI.

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:

A) Variables independientes.

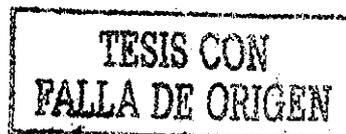
- ALBUMINA: Es la cantidad de albúmina en sangre como promedio de las tres últimas tomas mensuales en g/dl.
- UREA: Promedio de urea de las tres últimas cifras mensuales en mg/dl.
- CREATININA: Promedio de las tres últimas cifras mensuales en mg/dl.
- GLUCEMIA: Promedio de las tres últimas cifras mensuales en mg/dl.
- POTASIO: Promedio de las tres últimas cifras mensuales en mMol/L
- SODIO: Promedio de las tres últimas cifras mensuales en mmol/l.
- CALCIO: Promedio de las tres últimas cifras mensuales en mg/dl.
- TENSION ARTERIAL: El promedio de las últimas tres tomas de TA de las últimas consultas en mm de Hg.

B) Variables dependientes.

- Pacientes con IRC que se encuentren menos de dos años en el programa de DPCA.
- Pacientes con IRC que se encuentren en el programa de diálisis por más de 9 años.

X C) Variables de confusión.

- Apoyo social
- Nivel socioeconómico



PROCEDIMIENTO.

Se inició con la entrevista e información de los pacientes en el programa de DPCA del Servicio de Nefrología de Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI, previo consentimiento informado se procedió a la aplicación de escalas y recolección de datos en el expediente clínico.

Se utilizó durante el estudio el Inventario de Depresión de Beck, ya que es un instrumento que ayuda a la detección de Depresión y se ha comprobado que es muy útil en aquellos pacientes que presentan enfermedad médica.

La escala de HADS la cual nos orientara hacia los síntomas ansiosos y depresivos, se ha aplicado ampliamente en hospitales generales mostrando sensibilidad y especificidad para la evaluación de trastornos depresivos y ansiosos.

La Escala de Karnofsky, por medio de la cual se evaluó el índice del nivel funcional del pacientes de acuerdo a las repercusiones físicas producidas por la enfermedad de base.

La Escala de calidad de vida de Bradley la cual fue realizada para pacientes nefrópatas, y presenta una percepción cualitativa y cuantitativa de diversas áreas importantes del ser humano como: percepción de la salud física, funcionalidad, dependencia y relaciones interpersonales.

Así mismo la escala de Autoeficacia en pacientes con DPCA, una eutoevaluación que explora la confianza y capacidad del manejo de diálisis del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Las variables utilizadas se sometieron a tratamiento estadístico descriptivo (porcentaje, promedio, desviación estándar).

Se realizó con todas las variables la correlación de Spearman, posteriormente se dividió la muestra en dos grupos, en base al primero y cuarto cuartil de la sobrevivencia en años; el primero comprendía a 9 pacientes con un tiempo de 1 a 2 años en el programa de diálisis, y el segundo grupo a 6 pacientes con más de 9 años en tratamiento. Utilizando la misma correlación.

Se compararon los niveles de autocuidado, albúmina, síntomas ansioso-depresivos en ambos grupos utilizando la U de Mann Whitney, prueba no paramétrica para evaluar las diferencias entre ambos grupos.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.

Para la presente investigación se contó con un investigador encargado de la aplicación de escalas y recolección de datos en expediente clínico, fotocopias de las escalas, computadoras, no se utilizaron recursos para realizar estudios extraordinarios. Se utilizó el área de consulta externa del servicio de Nefrología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. RESULTADOS

Se estudiaron 24 pacientes del programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria 16 hombres (66.6%), y 8 mujeres (33.3%). Edad media de 42.12 años, con desviación estándar de 13.06. El promedio de años de padecer la insuficiencia renal crónica en el grupo estudiado fué de 10.04 años, con una desviación estándar de 7.35. La media de años en diálisis fué de 5.87, con una desviación estándar de 5.47 años. El promedio de peritonitis fué de 1.87 eventos por paciente. El promedio de tensión arterial fue de 134/90 mmHg.

Dentro de los estudios de laboratorio se encontró lo siguiente: Urea; (media \pm desviación estándar) 138 ± 32.22 , albúmina 3.39 ± 0.52 , creatinina 12.12 ± 2.44 , potasio 5.02 ± 0.62 , sodio 136 ± 2.85 , fósforo de 6.50 , calcio 9.41 ± 1.26 , hemoglobina 10.64 ± 1.42 , hematocrito 31.2 ± 4.33 .

Con la aplicación de escalas los resultados obtenidos, en el grupo en forma global, fueron los siguientes: En la escala de autoeficacia se encontró un media de 40.41 ± 4.16 , en la escala de depresión de Beck se 5.58 ± 5.29 , en la escala de HADS-A, (escala de ansiedad y depresión en hospitales generales, subescala ansiedad) 2.95 ± 2.44 , y en la subescala de depresión (HAD-D), 2.16 ± 1.71 . En la escala de Calidad de Vida QOL, se observó una puntuación media de 63.83 ± 32.32 . La media de la percepción de la calidad de vida, si no existiera la enfermedad fué de 1.70 con desviación estándar de 0.85, y la percepción de la calidad de vida actual de 1.25 ± 0.67 . En la escala de Karnosky se observó una media de 94.16 ± 5.83 .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Análisis de correlación

Existe una correlación positiva entre la pregunta 20 y la 21 de la escala de calidad de vida de Bradley 0.47 $P=0.05$

Correlacionando los años de diálisis con apoyo familiar, aplicando la prueba de correlación de Spearman, teniendo como resultado: Gamma de 0.200, $Z = 0.724$, con una $P = 0.468$

En la correlación entre los años en diálisis y las escalas de ansiedad y depresión de Beck y HADA Y HADD. No se encontró correlación estadísticamente significativa: $R = -0.14$, $P = 0.49$ en la correlación con Beck, $R = 0.34$, $P = 0.09$ en diálisis y HADA, y $R = 0.09$, $P = 0.64$.

En la correlación con las escalas de Beck y HADD se encontró una correlación positiva de $r = 73$, $P = 0.000042$, BECK y HADA; $r = 49$, $P = 0.142$.

Diferencia entre el grupo inicial y el grupo de sobrevivencia prolongada

Una vez divididos los pacientes en cuatro cuartiles, al comparar los dos grupos del primero y del cuarto cuartil, el primer grupo integrado por 9 pacientes de reciente inicio, 1 a 2 años en diálisis (37.5%), y el segundo grupo 6 pacientes de sobrevivencia prolongada de más de 9 años en diálisis (25%). Se observó que los pacientes que iniciaban DPCA (1 a 2 años) tuvieron un puntaje significativamente más bajo en la escala de autocuidado (EAIR), U de Mann Whitney de 7.5, $Z=-2.29$, Z ajustada de 2.30, $P<0.02$.

No se encontraron diferencias significativas entre la proporción de otras enfermedades como diabetes mellitus, lupus eritematoso y niveles de albúmina entre ambos grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TABLA I:
RESULTADOS GENERALES**

Sexo	Edad	Años con IRC	Años en diálisis	No. De peritonitis	TA Sistólica	TA Diastólica	TR Previo
M	41	18	11	3	150	96	2
F	61	20	20	1	146	91	0
F	19	8	4	4	140	93	0
F	46	14	12	4	140	95	0
F	46	15	13	4	143	96	1
M	38	16	2	1	140	91	1
M	30	7	1	0	148	95	1
M	21	14	7	3	140	97	0
M	37	6	6	2	133	95	0
M	30	8	7	2	146	90	1
F	38	3	1	0	140	93	0
F	34	18	2	3	130	90	2
M	23	3	2	3	136	93	0
M	40	8	5	3	140	93	0
F	42	2	2	1	130	80	0
M	50	28	2	0	146	86	0
M	68	8	3	0	140	83	0
M	58	11	9	4	143	85	0
M	58	21	19	5	146	90	0
M	63	3	3	1	143	81	0
F	49	3	3	0	136	86	0
M	39	2	2	0	136	93	0
M	36	2	2	0	126	83	0
M	44	3	3	1	128	91	0

TA Diastólica : Tensión arterial diastólica.

TA Sistólica: Tensión arterial sistólica.

TR Previo: Transplante renal Previo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA II:
RESULTADOS GENERALES**

Albúmina	Urea	Creatinina	Hb	Ht	K	Na	Ca	P
4.1	189	15	9.8	33.5	5.2	137	11.5	5.8
3.1	153	13.1	11.3	30.0	5.3	141	8.5	8.0
3.1	130	13.6	9	26.2	4.2	138	8.5	7.1
2.7	88	9.1	10.9	29.3	4.2	134	9.3	4.1
4.2	104	11.1	11.2	33.4	4.6	132	7.2	6.0
3.0	158	12.3	11.5	33.7	5.5	133	8.9	7.2
3.1	139	13.1	11.1	32.1	4.5	133	9.1	4.9
3.2	166	15.2	12	34.9	5.8	138	8.9	7.0
3.4	165	11.9	9.3	27.7	5.4	138	9.7	5.4
4.0	162	15.3	8.8	25.3	5.9	137	10.2	6.6
3.7	107	10.9	10.6	31.7	4.6	139	8.6	6.8
3.4	185	11.7	10.3	29.9	5.2	132	8.0	7.2
3.5	163	13.3	9.8	29.5	4.6	140	7.0	6.9
3.8	157	15.5	11.1	32	6.0	139	9.7	9.4
3.7	151	9.3	11.8	34	5.6	135	9.7	3.1
2.7	156	15.9	8.2	23.3	4.8	140	8.9	5.2
3.4	123	11.8	9.3	27.4	3.9	141	9.0	4.7
3.8	120	11.6	13.6	40.8	5.6	138	9.3	7.3
3.0	84	8.7	13	38	4.7	139	11.2	15.2
3.8	155	12.4	11	34.2	5.5	140	9.2	5.8
3.6	80	9	12.6	36.1	4.4	138	12.4	5.0
3.8	166	6.7	10.2	29.8	6.0	141	10.6	8.6
2.5	115	10.3	10.9	31.2	4.6	138	9.9	5.1
3.6	96	14.2	8.2	24.6	4.6	141	10.6	3.6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TABLA III:
RESULTADOS GENERALES:**

EAIR	BECK	HAD -A	HAD -D	BRADLEY	CALIDAD DE VIDA SIN E. *	CALIDAD DE VIDA ACTUAL **	KARNOFSKY
44	2	1	1	-26	0	2	90
43	6	2	5	-125	-3	1	90
40	18	4	3	-110	-2	2	90
40	1	1	3	-24	0	2	90
45	6	5	2	-69	-2	2	80
43	2	3	1	-58	-1	1	90
44	1	3	2	-58	-2	2	80
42	2	0	1	-48	-2	2	80
41	6	0	2	-73	-2	1	80
37	2	4	1	-85	-2	1	80
39	19	9	2	-90	-2	1	90
35	2	2	0	-20	-2	1	90
30	10	8	3	-52	-1	1	80
36	2	2	2	-61	-1	1	80
38	2	1	1	-8	0	3	90
37	7	3	2	-80	-3	1	80
42	11	6	4	-81	-2	1	80
48	0	0	0	-90	-3	1	90
42	9	3	6	-63	-2	0	70
45	3	2	1	-33	-2	1	80
45	11	5	0	-84	-2	1	90
42	3	2	3	-123	-2	1	80
37	9	5	6	-54	-2	0	80
35	0	0	1	-17	-1	1	90

* Percepción de la calidad de vida sin la enfermedad.

** Percepción de la calidad de vida actual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA IV:

COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS DE RECIENTE INICIO CON LOS DE SOBREVIVENCIA PROLONGADA

VARIABLE	INICIO	SOBREVIVENCIA PROLONGADA	P
N	9	6	
EDAD	36.6+-7.5	51.6+-8.3	0.006
SEXO F/M	3/6	3/3	NS
AÑOS IRC	9+-9.44	16.5+-3.8	0.08
AÑOS DIÁLISIS	1.7+-0.44	14+-4.47	0.001
NO. PERITONITIS (RANGO)	0 (0-3)	4 (1-5)	0.006
TAS	136.8+-7.4	144.6+-3.4	0.04
TAD	89.3+-5.1	92.6+-4.3	0.26
UREA	148.8+-24.8	123+-40.9	0.15
ALBUMINA	3.18+-0.60	3.48+-0.63	NS
CREATININA	11.5+-2.6	11.4+-2.3	NS
POTASIO	5.04+-0.54	4.9+-0.54	NS
SODIO	136.7+-3.5	136.8+-3.3	NS
CALCIO	8.96+-1.0	9.5+-1.62	0.45
FOSFORO	6.11+-1.6	7.7+-3.8	0.28
HEMOGLOBINA	10.5+-1.1	11.6+-1.5	0.15
HEMATOCRITO	31.2+-1.9	32+-7.0	NS
TR PREVIO	0 (0-2)	0 (0-2)	NS
MEDIANA/RANGO	3/9	2/6	
EAIR	38.33+-4.35	43.66+-2.73	0.02
BECK	6.11+-5.8	4+-3.5	0.44
HAD-A	4.0+-2.7	2+-1.7	0.14
HAD-D	2.2+-1.7	2.8+-2.3	0.56
BRADLEY	60.3+-34.7	66.1+-38.5	0.76
CALIDAD DE VIDA ACTUAL(Bradley)	1 (0-3)	1.5 (0-2)	0.6
MEDIANA (RANGO)			
KARNOFSKY	84.4+-5.2	85+-8.3	0.64

TAS, TAD: Tensión arterial sistólica y diastólica

TR PREVIO: Transplante renal previo

EAIR: Escala de autoeficacia en insuficiencia renal

HAD-A, HAD-D: Escala de Hamilton de ansiedad y depresión.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA V:

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES EN DPCA

VARIABLE	MEDIA + -DESVIACION ESTANDAR
EDAD	42.12 +- 13.06
AÑOS CON IRC	10.04+-7.35
AÑOS EN DIÁLISIS	5.87+-5.47
No. De Peritonitis	1.87+-1.65
TA SISTOLICA	134 +-27.19
TA DIASTOLICA	90.25+-5.01
UREA	138+-32.22
ALBÚMINA	3.39+-0.52
CREATININA	12.12+-2.44
POTASIO	5.02+-0.62
SODIO	136.55+-2.85
CALCIO	9.41+-1.26
FOSFORO	6.5+-2.4
HEMOGLOBINA	10.64+-1.42
HEMATOCRITO	31.24+-4.33
TRP	0.33+-0.63
EAIR	40.41+-4.16
BECK	5.58+-5.29
HAD-A	2.95+-2.44
HAD-D	2.16+-1.71
BRADLEY	63.83+-32.32
PERCEPCION DE C. V SIN E.*	1.7+-0.85
CALIDAD DE VIDA ACTUAL**	1.25+-0.67
KARNOFSKY	94.16+-5.83

TRP: Transplante renal previo

EAIR: Escala de autoevaluación en insuficiencia renal.

* Percepción de calidad de vida sin la enfermedad

**Percepción de la calidad de vida actual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA VI:
CORRELACION DE SPERMAN DE TODAS LAS VARIABLE

VARIABLES	N	R	T (N-2)	Niveles de P
EDAD & EAIR	24	0.43	2.26	0.03
A. IRC & TRP	24	0.38	1.92	0.06
A. DIAL & EAIR	24	0.34	1.72	0.09
A.DIAL & HAD-A	24	-0.34	-1.71	0.09
TAS & TRF	24	0.35	1.75	0.090
TAS & EAIR	24	0.44	2.32	0.02
TAD & C. DE V. ACTUAL	24	0.47	2.55	0.01
UREA & TRP	24	0.36	1.84	0.07
ALB & HAD-D	24	-0.45	-2.38	0.02
CREAT & HB	24	-0.44	-2.31	0.03
K & BECK	24	-0.41	-2.14	0.04
K & HADA	24	-0.49	-2.66	0.01
K & HADD	24	-0.39	-1.75	0.09
Na & TRP	24	-0.70	-3.13	0.01
Na & EAIR	24	-0.54	-2.05	0.06
Na & BRADLEY	24	-0.52	-1.93	0.08
P & BRADLEY	24	-0.43	-2.28	0.03

TRP: Transplante renal previo

EAIR: escala de autoeficacia en insuficiencia renal.

Na: Sodio, K: Potasio, HB: Hemoglobina, ALB:Albumina

TABLA VII:
COMORBILIDAD EN AMBOS GRUPOS

RECIENTE INICIO	SOBREVIVENCIA PROLONGADA
<ul style="list-style-type: none"> • Hipoacusia • Lupus eritematoso sistémico • Síndrome de Alcott • Insuficiencia cardiaca 	<ul style="list-style-type: none"> • Gota • Raquitismo hipofosfatémico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI.- DISCUSIÓN:

Los pacientes estudiados se caracterizan por presentar estabilidad de signos vitales, por lo menos en los últimos meses, (TA promedio: 134/90), así mismo, los resultados de laboratorio (Na, K, Ca, etc) se encuentran dentro de parámetros normales, que corresponden a un control médico adecuado de la muestra, relacionado íntimamente con un buen apego terapéutico y calidad de la atención médica nefrológica de tercer nivel.

El presente estudio demuestra que los pacientes con sobrevivencia prolongada difieren esencialmente de los pacientes que recién inician en un mayor nivel de autoeficacia en los cuidados de la diálisis. Es probable que por selección natural sobrevivan quienes desarrollan estas habilidades o bien que con el curso del tiempo los pacientes vayan adquiriendo mayor niveles de dominio de las técnicas y conocimientos necesarios, reforzando su creencia de ser capaces de cuidarse óptimamente. Para determinar la evolución de esta creencia se requieren estudios de carácter longitudinal para evaluar el impacto de la enfermedad, la capacitación y el tiempo en la percepción del paciente.

Los niveles séricos de albúmina se encontraron dentro de límites bajos normales, sin diferencias significativas en ambos grupos lo cual nos indicaría el adecuado estado nutricional de esta muestra.

Al observar los resultados de las escalas, es interesante encontrar calificaciones bajas en las escalas de HADA, HADD y Beck, lo que nos indica una baja incidencia de síntomas depresivos y ansiosos. Esta baja morbilidad de manifestaciones psiquiátricas parece relacionarse a una alta calidad de vida, elevada autoeficacia, así como un nivel importante de funcionalidad que han logrado mantener estos pacientes. Los pacientes con DPCA acuden a un proceso de capacitación para el manejo del catéter y de los recambios en casa, los pacientes seleccionados para este procedimiento cumplen con requisitos de higiene, apoyo y recursos intelectuales suficientes para el manejo del procedimiento en casa, además la utilización de eritropoyetina y otros recursos terapéuticos favorecen estos reportes. Es indudable que la percepción satisfactoria del paciente del cuidado médico influye positivamente en la atenuación de las manifestaciones ansioso-depresivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la correlación del tiempo de diálisis con las escalas de depresión y ansiedad no se encontró correlación significativa lo cual nos indicaría que no tiene relación el tiempo de tratamiento en diálisis con la aparición de síntomas depresivos ó ansiosos, en la muestra estudiada.

En la correlación de las escalas de Beck y HADD y HADA se encontró correlación positiva, siendo significativa la segunda (Beck-HADA), lo que nos indicaría que en estos pacientes quizás predominen los síntomas ansiosos mas que los depresivos, o que HADA está captando las manifestaciones ansiosas de la depresión, aspectos que están escasamente representados en los ítems del Beck .

No se encontraron otras correlaciones en relación con el tiempo en diálisis, lo que quizás podría indicar que independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad y de mantenerse en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria, los pacientes pueden tener una buena calidad de vida, una adecuada autonomía, y no necesariamente psicopatología como depresión y ansiedad.

Se encontró una correlación positiva entre la percepción de la calidad de vida actual y la calidad de vida esperada sin la enfermedad. La respuesta que representa la mediana de cómo sería la vida si no tuviera la enfermedad fue "mucho mejor", Y en general la calidad de vida actual la consideran "buena".

Es importante insistir en que esta muestra fue tomada del CMN Siglo XXI, del Servicio de Nefrología, en el Módulo de DPCA, los pacientes que ahí son atendidos se consideran como población privilegiada, que se encuentran en constante control médico, aplicación de hierro y eritropoyetina en la mayor parte de los pacientes, así como un adecuado ambiente de apoyo médico y de enfermería, quienes brindan una asistencia importante al paciente, así mismo estos pacientes al inicio de la diálisis reciben una adecuada preparación para el manejo de su diálisis, factores que es necesario tomarlos en cuenta por que pueden ser importantes en los resultados encontrados en esta población.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una propuesta posterior sería el realizar un estudio similar en hospitales generales de zona y valorar que factores podrían influir en la sobrevida, la autonomía, la calidad de vida, y la psicopatología, en relación a la atención médica, recursos tanto médicos como económicos, calidad de la atención, apoyo familiar, y quizás así se podría proponer condiciones más favorables para el paciente no solo para brindarle una mayor sobrevida sin no para brindarle una **MEJOR CALIDAD DE VIDA**.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. CONCLUSIONES

La diálisis peritoneal continua ambulatoria, constituye el 16% del tratamiento de diálisis en todo el mundo, es menos costoso y proporciona el mayor grado de autonomía dentro del grupo de enfermos renales.

Al entrevistar de manera abierta a los pacientes de DPCA de CMN Siglo XXI, se observa un alto grado de autonomía, tanto en los pacientes de corta evolución (2-3 años) como en los pacientes de larga evolución (más de 10 años), ellos mismos están al pendiente de sus citas médicas, de la aplicación de diálisis, depende directamente de ellos el seguir o no las restricciones dietéticas y de líquidos, la toma de medicamentos, así como adherirse a las otras actividades realizadas en hospital, como la aplicación de eritropoyetina, de hierro, etc.

Los pacientes con sobrevivencia prolongada muestran niveles significativamente más altos de autoeficacia. El proceso de adquisición de esta creencia personal requiere la elaboración de estudios ulteriores.

Así mismo, estos pacientes presentan una adecuada preparación en el manejo de su diálisis que les otorga seguridad y confianza en su manejo y la visualización oportuna de señales de alarma que deben ser identificadas en caso de complicaciones.

Conforme los pacientes se adentran en su tratamiento hemos notado que presentan paulatinamente un mejor apego a las indicaciones medicas que consisten en la toma apropiada de medicamentos, restricción de líquidos y alimentos, aplicación oportuna de los recambios de diálisis, reportando ellos mismo tener actualmente menor dificultad para llevarlo a cabo, debido a que se reporta por todos los pacientes que al inicio del tratamiento no fue similar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La mayoría al recibir la noticia de su enfermedad refieren haber presentado manifestaciones de tristeza, irritabilidad, negación, enojo contra todo y contra todos, en saber la gravedad de ella, pensar en que su vida dependería de un tratamiento sustitutivo continuo y al ir viviendo el cambio de vida tan radical, en sus áreas tanto familiar, social, laboral, económico, etc. Periodo que refieren con una duración entre varios meses a un año, durante el cual, a manera de rebelión transgredían su dieta, o la toma de líquidos o medicamentos, así como una inadecuada disciplina en los recambios de diálisis y citas médicas.

Con el paso del tiempo lo que los hace sentirse bien atendidos es principalmente una mejoría en la comunicación cada vez más adecuada con el equipo de salud, así como el compartir sus propias experiencias con otros pacientes en circunstancias mejores o peores, unido todo esto con el apoyo familiar y social, lo que los hace sentirse poco a poco mas con más aceptación de su enfermedad y adaptarse a las circunstancias, entendienddo que una mejor calidad de vida depende de un adecuado apego al tratamiento.

Las limitaciones físicas en general son mínimas, debidas básicamente a la astenia, hipodinámia, fatigabilidad, propias de la enfermedad; pero el paciente poco a poco se acostumbra a ésta limitante y va realizando su trabajo y actividades del hogar a su propio ritmo. Los pacientes con evolución prolongada, los de más de 10 años, tienden a valorar su vida más que los pacientes con una evolución menor. este grupo de evolución prolongada se han adaptado de tal manera que prácticamente ya no encuentran limitantes para salir a su convivencia, vacaciones, actividades sociales, etc. a diferencia del otro grupo menos crónico que era lo que más añoraba y resentía.

Lo que en general predominaba en ambos grupos de pacientes es un buen apoyo familiar, una situación económica estable y suficiente, y una cercanía con el equipo médico.

Los pacientes a quienes ya se les había transplantado previamente en una o más ocasiones y que tuvieron rechazo agudo o insuficiencia del riñón injertado, referían aún así estar satisfechos por haberseles brindado nuevamente la oportunidad de conseguir una mejor calidad de vida y aunque no resultó lo planeado estaban satisfecho de continuar viviendo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIII.- ANEXO

1.-Escala de Autoeficacia en pacientes con DPCA:

AUTOEVALUACION

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Ponga una cruz en el paréntesis que represente mejor la opinión que tiene de sí misma(o).
No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente responda como se siente.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento capaz de cuidar mi catéter perfectamente.	()	()	()	()	()
2. Me siento capaz de cumplir con la dieta y la cantidad de agua que se me indicó.	()	()	()	()	()
3. Puedo resolver los problemas que se me presentan en relación a mi enfermedad.	()	()	()	()	()
4. Creo que me cuido bien	()	()	()	()	()
5. Me relaciono bien con el equipo de salud (médicos y enfermeras).	()	()	()	()	()
6. Conozco lo que necesito saber para cuidar mi salud.	()	()	()	()	()
7. Creo que puedo superar las barreras para cuidarme que se me presenten	()	()	()	()	()
8. Estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia y de la sociedad	()	()	()	()	()
9. Soy capaz de expresar mis necesidades y encontrar la manera de satisfacerlas	()	()	()	()	()

La confiabilidad de la escala evaluada con el alfa estandarizada es el resultado que se produce con los valores de cada item que son transformados en valores Z antes de evaluarse el alfa de Cronbach.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La formula es : $\alpha = 0.80 \quad \alpha = K \times r_{avg} / (1 + (K-1) \times r_{avg})$

$K = \text{No. De items}$

$r_{avg} = \text{Promedio de correlación entre items.}$

Promedio de correlación entre items = 0.33

Media de puntaje = 40.5

Desviación estandar = 3.33

2.- Escala de Calidad de vida de Bradley:

CALIDAD DE VIDA EN LA INSUFICIENCIA RENAL (RDQoL)

Bradley Ad Per Dyal 1997;13:116-120.

Si Usted se despertara mañana con sus dos riñones funcionando, sin necesitar tratamiento, ¿como cambiaría su calidad de vida?

Tache el número que mejor describa lo que usted pensa.

I. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi trabajo y las oportunidades relacionadas al trabajo serían:

Muchísimo mejores	mucho mejores	un poco mejores	iguales	un poco peores	mucho peores	muchísimo peores
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	Poco importante	no es importante			

II. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi vida familiar sería:

Muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	igual	un poco peor	mucho peor	muchísimo peor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	Poco importante	no es importante			

III. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mis relaciones sociales y de amistad serían:

Muchísimo mejores	mucho mejores	un poco mejores	iguales	un poco peores	mucho peores	muchísimo peores
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	Poco importante	no es importante			

IV. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi vida sexual sería:

Muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	iguales	un poco peor	mucho peor	muchísimo peor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	Poco importante	no es importante			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi tiempo libre, diversiones y vacaciones serían:

Muchísimo mejores	mucho mejores	un poco mejores	iguales	un poco peores	mucho peores	muchísimo peores
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	Poco importante	no es importante			

VI. Si no tuviera mis riñones enfermos, Las cosas (actividades) que podría hacer serían:

muchísimo mayores	mucho mayores	un poco mayores	iguales	un poco menores	mucho menores	muchísimo menores
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
muy importante	importante	Poco importante	no es importante			

VII. Si no tuviera mis riñones enfermos, Los problemas para viajar dentro o fuera de su ciudad serían:

muchísimo menores	mucho menores	un poco menores	iguales	un poco mayores	mucho mayores	muchísimo mayores
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	Poco importante	no es importante			

VIII. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi motivación para lograr mis metas sería:

Muchísimo mayor	mucho mayor	un poco mayor	igual	un poco menor	mucho menor	muchísimo menor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

IX. Si no tuviera mis riñones enfermos. Mis preocupaciones acerca de mi futuro y el de los demás serían:

Muchísimo menores	mucho menores	un poco menores	iguales	un poco mayores	mucho mayores	muchísimo mayores
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

X. Si no tuviera mis riñones enfermos. La preocupación de los demás por mí sería:

Muchísimo menor	mucho menor	un poco menor	igual	un poco mayor	mucho mayor	muchísimo mayor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

XI. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi libertad para comer sería:

Muchísimo mayor	mucho mayor	un poco mayor	igual	un poco menor	mucho menor	muchísimo menor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

XII. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi aspecto físico o apariencia sería:

Muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	igual	un poco peor	mucho peor	muchísimo peor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

XIII. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi vida religiosa y espiritual serían:

Muchísimo mejores	mucho mejores	un poco mejores	iguales	un poco peores	mucho peores	muchísimo peores
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

XIV. Si no tuviera mis riñones enfermos, La manera en que la sociedad reacciona ante mi persona sería:

Muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	igual	un poco peor	mucho peor	muchísimo peor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

XV. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi economía sería:

Muchísimo mejor	mucho mejor	un poco mejor	igual	un poco peor	mucho peor	muchísimo peor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

XVI. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mis condiciones de vida serían:

Muchísimo mejores	mucho mejores	un poco mejores	iguales	un poco peores	mucho peores	muchísimo peores
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

XVII. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi confianza en poder hacer las cosas sería:

Muchísimo mayor	mucho mayor	un poco mayor	igual	un poco menor	mucho menor	muchísimo menor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

XVIII. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi dependencia de otros sería sería:

Muchísimo menor	mucho menor	un poco menor	igual	un poco mayor	mucho mayor	muchísimo mayor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

XIX. Si no tuviera mis riñones enfermos, Mi libertad para beber lo que yo desee sería:

Muchísimo mayor	mucho mayor	un poco mayor	igual	un poco menor	mucho menor	muchísimo menor
-3	-2	-1	0	1	2	3
Este aspecto de mi vida es (por favor tache la respuesta que mejor se aplique a Usted)						
Muy importante	importante	poco importante	no es importante			

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

XX. Si no tuviera más riñones enfermos, Mi CALIDAD DE VIDA sería:

Muchísimo mejores	mucho mejores	un poco mejores	iguales	un poco peores	mucho peores	muchísimo peores
-3	-2	-1	0	1	2	3

XXI. EN GENERAL MI CALIDAD DE VIDA ACTUALMENTE ES:

Excente inmejorable	muy buena	buena	ni buena ni mala	mala	muy mala	pésima
3	2	1	0	-1	-2	-3

La confiabilidad de la escala es :

α de Cronbach = 0.80, α estandarizada = 0.79,

Promedio de correlación interitem = 0.18

Media = -63.16, Desviación estandar = 32.63,

Sesgo = 0.15, Curtosis = 0.36

Se observo una correlación > 0.60 en los siguientes Items:

1 \Rightarrow 16, 14, 12

2 \Rightarrow 3

11 \Rightarrow 19

12 \Rightarrow 16, 1

13 \Rightarrow 3, 14

ANALISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES SIN ROTACION:

Eigenvalues*	Factor	Items	Proporción Total
4.8	1	1, 3, 12, 16	0.25
2.7	2	4, 13, 17	0.14
2.5	3	9, 19, 13	0.13
1.6	4	19, 11, 2	0.08
1.5	5	5, 18	0.07

*Eigenvalues: Variansas extraidas por los factores.

Criterio de Kaiser: Son de importancia aquellos factores que tienen un Eigenvalues > 1.0 .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**EXTRACCION DE COMPONENTES PRINCIPALES POR
VARIMAX(Varianza maximizada):**

Variable	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
1	0.71				
16	0.87				
13		0.85			
14		0.79			
11			0.84		
19			0.87		
2				0.83	
5					0.72
Eigelvalues	3.05	2.92	2.61	2.56	2.08
Variaciones	0.16	0.15	0.13	0.13	0.10

Valor significativo del Item = >0.70

CORRELACION INTERITEM:

ITEM	Correlación Item-Total	α Si se omite
1*	0.76	0.77
2	0.40	0.79
3*	0.58	0.78
4	0.20	0.80
5	0.28	0.80
6	0.21	0.80
7*	0.59	0.78
8*	0.56	0.78
9	0.18	0.81
10	0.13	0.81
11*	0.45	0.79
12*	0.62	0.78
13	0.25	0.80
14	0.17	0.80
15*	0.41	0.79
16*	0.63	0.78
17	0.13	0.81
18	0.21	0.80
19	0.33	0.80

*Item mas significativo para la valoración de la calidad de vida.

3.- Escala de Depresión de Beck:

Nombre _____ No afiliación _____

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Este Cuestionario consta de grupos de afirmaciones; por favor lea cada afirmación cuidadosamente, escoja entonces una afirmación en cada grupo, aquella que describa de mejor manera cómo se ha sentido LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY. Circule el número al lado de la afirmación que escogió. ASEGÚRESE DE LEER TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

1.

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar

2.

- 0 No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro
- 1 Estoy desilusionado(a) del futuro
- 2 Siento que no tengo perspectiva de futuro
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará

3.

- 0 No siento que fallé
- 1 Siento que fallo más que una persona normal
- 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado
- 3 Me siento una falla completa como persona

4.

- 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
- 1 No disfruto de las cosas como antes
- 2 No encuentro ya satisfacción real de nada
- 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo

5.

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento culpable buena parte del tiempo
- 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

6.

- 0 No siento que he sido castigado(a)
- 1 Siento que podría ser castigado(a)
- 2 Espero ser castigado(a)
- 3 Siento que he sido castigado(a)

7.

- 0 No me siento desilusionado(a) de mí
- 1 Estoy desilusionado(a) de mí
- 2 Estoy disgustado(a) conmigo
- 3 Me odio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

8.

- 0 No me siento peor que nadie
- 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores
- 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9.

- 0 No tengo pensamientos de suicidarme
- 1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría
- 2 Me gustaría matarme
- 3 Me mataría si pudiera

10.

- 0 No lloro más de lo usual
- 1 Lloro más que antes
- 2 Lloro ahora todo el tiempo
- 3 Podía llorar antes, pero ahora aunque quiera, no puedo

11.

- 0 No soy más irritable de lo que era antes
- 1 Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes
- 2 Me siento irritado(a) todo el tiempo
- 3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí

12.

- 0 No he perdido el interés en otra gente
- 1 Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes
- 2 He perdido mi interés en otra gente
- 3 He perdido todo mi interés en otra gente

13.

- 0 Hago decisiones igual que siempre
- 1 Evito hacer decisiones más que antes
- 2 Tengo mayores dificultades para hacer decisiones ahora
- 3 No puedo hacer decisiones por completo

14.

- 0 No siento que me vea peor que antes
- 1 Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)
- 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo(a)
- 3 Creo que me veo feo(a)

15.

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
- 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo
- 3 No puedo hacer nada

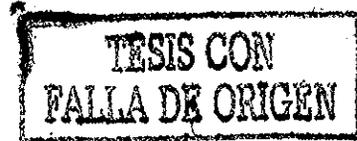
16.

- 0 Puedo dormir tan bien como siempre
- 1 No duermo tan bien como antes
- 2 Me despierto 1-2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
- 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17.

- 0 No me canso más de lo usual
- 1 Me canso más fácilmente que antes
- 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
- 3 Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa



18.

- 0 Mi apetito es igual que lo usual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2 Mi apetito es mucho peor ahora
- 3 No tengo nada de apetito

19.

- 0 No he perdido peso
- 1 He perdido más de 2.5 kg
- 2 He perdido más de 5 kg
- 3 He perdido más de 7.5 kg He intentado perder peso comiendo menos Sí __ No __

20.

- 0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias
- 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
- 3 Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

21.

- 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes
- 2 Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo

POR FAVOR ASEGÚRESE DE HABER RESPONDIDO LAS VEINTIUN PREGUNTAS.

4.- Escala de ansiedad y depresión de Hamilton:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA
ESCALA H.A.D. de Zigmon y Snaith.**

Nombre _____ Afiliación _____

Edad _____ Servicio _____ Dx _____ Fecha _____

Los médicos estamos concientes de que las emociones tienen un papel importante en la mayoría de las enfermedades. Si su doctor conoce acerca de estos sentimientos podrá ayudarle mejor.

Este cuestionario está diseñado para ayudar a su doctor a conocer como se está sintiendo. Lea cada frase y subraye la que más se acerque a como se ha estado sintiendo en la última semana.

No piense demasiado en sus respuestas, su reacción inmediata a cada frase probablemente sea la más precisa.

1.-Me siento tensa(o) ó lastimada(o):

- La mayor parte del tiempo
- Gran parte del tiempo
- Ocasionalmente
- No

2.-Aún disfruto las cosas que acostumbro disfrutar:

- Definitivamente como antes
- No tanto como antes
- Sólo un poco
- Ya no disfruto nada

3.-Siento una especie de temor de que algo malo suceda:

- Si y muy intenso
- Si, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

4.- Soy capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente, algo menos
- Actualmente, mucho menos
- Actualmente, no puedo

5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el tiempo
- Gran parte del tiempo
- De vez en cuando, no muy seguido
- Solo ocasionalmente

6.- Me siento alegre:

- Definitivamente no
- Muy pocas veces
- Algunas veces
- Gran parte del tiempo

7.- Puedo sentarme tranquilo(a) y relajadamente:

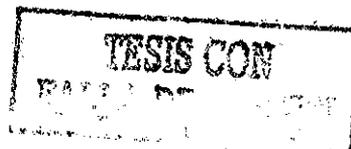
- Definitivamente
- Usualmente
- Raras veces
- No puedo

8.- Me siento lento(a) o torpe:

- Casi todo el tiempo
- Con mucha frecuencia
- Algunas veces
- No me he sentido así

9.- Siento una sensación desagradable de "nervios, hormigueo o mariposas en el estómago":

- No
- Ocasionalmente
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia



10.- He perdido el interés en mi presentación o aspecto personal:

- Definitivamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuido como debería
- Me cuido como siempre lo he hecho

11.- Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:

- Realmente mucho
- Regular
- poco
- No, en lo absoluto

12.- Espero las cosas con ilusión:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- No, en lo absoluto

13.- Siento de repente angustia o temor:

- Muy frecuentemente
- Con cierta frecuencia
- Rara vez
- No, en lo absoluto

14.- Puedo disfrutar un buen libro o un buen programa de televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

RECTIFIQUE HABER CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.- Escala de funcionalidad de Karnofsky:

ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE KARNOFSKY (FUNCIONAMIENTO ESTIMADO DURANTE EL MES PREVIO)

Capaz de llevar a cabo lo cotidiano. No necesita cuidados especiales.	99% NORMAL , sin quejas ni evidencia de enfermedad. 90% Actividad normal, signos menores de enfermedad. 80% Actividad normal con esfuerzo, algunos datos ya de enfermedad evidente.
Incapaz de trabajar, pero capaz de vivir en casa y atenderse sin ayuda	70% Se cuida a si mismo pero no puede llevar a cabo actividades normales o trabajar. 60% Se cuida a sí mismo pero en ocasiones necesita ayuda. 50% Requiere ayuda considerablemente y cuidados médicos frecuentes.
Incapaz de atenderse a si mismo, necesita hospitalización, enfermedad rápidamente progresiva	40% Moderadamente incapacitado, requiere ayuda especial. 30% Severamente incapacitado, posible hospitalización muerte no inminente. 20% Muy enfermo, hospitalización necesaria. 10% Moribundo con una enfermedad fatal de progreso rápido. 0% Por morir o morira en menos de una semana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Consoli S. Psychiatric disorders in patient with chronic Kindney failure. *Rev. Prat.* 1990 Mr 1; 40 (7): 640-3
2. Harrison Medicina Interna CD, 14to. Edición.
3. Parkerson G. Gutman R. Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients. *Int. J. Psychiatry Med.* 1997; 27 (1): 33-45
4. Kimmel P. Thamer M. Richard C. Ray N. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am. J. Med.* 1998 sep; 105 (3) : 214-21
5. Bradley. *Ad Per Dyal* 1997; 13:116-120
6. Kutner G. Lin L. Fielding B. Brogan D. Hall W. Continued survival of older hemodialysis patients: Investigation of psychosocial predictors. *Am J. Kidney Disease.* 1994 jul; 24 (1) : 42-9
7. Brownbridge G. Fielding D. Psychosocial adjustment to end-stage renal failure: comparing haemodialysis, continous ambulatory peritoneal dialysis and transplantation. *Pediatric Nefrology* 1991 Sep; 5 (5): 612-6
8. Brownbridge G. Fielding D. Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimens. *Pediatr. Nefrol.* 1994 Dec; 8(6): 744-9
9. Alan J. Christensen and Moran P. Psychosomatic research in end-stage renal disease: A Framework for Matching patient to treatment. *Journal of psicomatic reseach.* 1998, Vol 44, no 5. 523-528
10. Sacks C. Peterson R. Kimmel P. Perception of illness and depression in chronic renal disease. *Am J. Kidney Dis.* 1990 Jan; 15(1): 31-9
11. Herrera E. Protocolo de la investigación científica. 1995
12. Rojo J. Cirera E. Interconsulta psiquiatrica Ed. Masson. 1997, 289-310
13. Vázquez EF, Ruiz FLG, Burbano MG: Psiconefrologia. *Rev. Med La Salle, facultad Mexicana de Medicina*, 1990. Vol IX, No. 4 p. 47-50.
14. Vázquez F. Ruiz L. Corlay I. Báez A. Isicabua C. Depresión, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con trasplante renal. 1999, 1(1): 13-16.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15. Sosa H J M : Prevalencia de ansiedad-Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con DPCA. Memorias del XIV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana Puerto Vallarta, México 1995.
16. Driessen M. Black F. Chronic renal failure predictors of good adjustment to disease and treatment. *Psychoterapy Psychosomatic Med psychol.* 1991 Sep-Oct; 41 (9-10): 362-71.
17. Beck AT, Wasrdch, Mendelson MJ, Mack JE, Erbaugh J: An inventory for measuring depression . *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-171
18. Torres-Castillo, Hernández, Ortega. Validez y reproducibilidad del inventario para la Depresión de Beck en un Hospital de Cardiología. *Salud Mental.* 1991, 14(2):1-5
19. Riskind, Aaron, Beck, Brown and steer. Taling the measure of anxiety and Depresión. *The journal of Nervous and Mental Diseses.* 1987, 125(8): 474-479
20. Simmons, Andersdon y Kamstra Comparison of auality of life of patients on CAPD, Hemodialysis and after transplanton. *American Journal of Kidney Diseases.* 1984, 4(31):253-255.
21. Shidler N. Peterson R. Kimmel P. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *American Journal Of Kidney Disease* 1998, Oct. 32(4): 557-66
22. Gude CM. Health-related quality of life in endstage renal failure. *Qual Life Res,* 1995 Aug; 4(4): 359-66
23. Karnosfsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapy agents in cancer En: Mc Leod CM, Ed *Evaluation of Chemoterapeutic agents.* New York: Columbia university Press, 2949, p.191.
24. Everett K. Brantley P. Sletten C. Jones G. Mc Knight G. The relation of stress and depression to interdialytic weight gain in hemodialysis patients *Behav Med,* 1995 21 (1): 25-30
25. Avram, Goldwasser, Erroa y Fein. Predictors of survival in continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis patients: The importance of Prealbumina and other Nutritional and Metabolic Markers *American Journal of Kidney Diseses.* 1987, 175(8): 474-479
26. Friend R. Hatchett L. Wadhwa N. Suh H. Serum albumin and depression in end-stage renal disease. *Adv. Perit. Dial.* 1997 13; 155-7.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

27. Held and et al. Five-Years survival of End-stage Renal Diseases patients in the united states, Europe and Japan. 1982 to 1987. American journal of Kidney Diseases. 1990, 15(5): 451-157.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN